



कार्य समाप्ति
STOP WORK

ग्रा.एस.ओ./कर्मचारी का नाम	टेलिफोन नंबर
ग्राहक का पहचान नंबर	तारीख

खंड ए: अपने समाप्त हुए काम पर इसे ले जाने से पहले यह फॉर्म भरें।

यहाँ हस्ताक्षर करने पर, मैं अपने नियोक्ता को सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग को यह फॉर्म पूरा करने के लिए अपनी अनुमति देता हूँ।

हस्ताक्षर	तारीख	कृपया अपना नाम यहाँ लिखें
-----------	-------	---------------------------

कंपनी का नाम

कंपनी का पता: गली का पता

शहर

राज्य

ज़िप कोड

खंड २: कंपनी का वह व्यक्ति यह फॉर्म भरता है जो रोजगार और वेतन संबंधी जानकारी रखता है।

1. अंतिम तारीख जब कर्मचारी ने काम किया? _____
2. अंतिम भुगतान-चेक की राशि (कर से पहले): _____ प्राप्ति की तारीख: _____
जिस महीने अंतिम भुगतान-चेक मिला, उसी महीने मिले अन्य भुगतान-चेकों की राशियों (कर से पहले) और तारीखों की सूची बनाएः:
प्राप्त राशि (कर से पहले) प्राप्ति तारीख
\$ _____ \$ _____
\$ _____ \$ _____
\$ _____ \$ _____
\$ _____ \$ _____

3. यह काम समाप्त क्यों हुआ?

काम की कमी काम अस्थायी/मौसमी था निकाला गया
 छुट्टी पर (जैसे अनुपस्थिति या गर्भावस्था छुट्टी)। क्या यह: भुगतान पर बिना भुगतान पर
यदि भुगतान पर, कर्मचारी को कितना भुगतान किया गया: \$ _____

कर्मचारी के कब तक वापस आने की आशा है? _____

अन्य: _____

4. क्या कर्मचारी को कोई वियुक्ति वेतन मिलेगा? हां नहीं

यदि हां: यह कब मिलेगा? _____ यह कितना होगा? \$ _____

5. क्या कर्मचारी छुट्टी/वीमारी लाभ ले सकता है? हां नहीं

यदि हां: यह कब मिलेगा? _____ यह कितना होगा? \$ _____

6. क्या कर्मचारी निवृति/पेंशन/401के फँड निकाल सकता है? हां नहीं

यदि हां: यह कब मिलेगा? _____ यह कितना होगा? \$ _____

कृपया निम्नलिखित सूचना दें ताकि ज़रूरत पड़ने पर हम आपसे संपर्क कर सकें:

हस्ताक्षर	तारीख	टेलिफोन नंबर
कृपया अपना नाम यहाँ लिखें	पद/उपाधि	